

## Conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes en una Institución Educativa de las Moras, Huánuco

### Interparental conflict from the perspective of children and sexual behavior of risk in adolescent in an Educational Institution of the Moras, Huanuco

**Digna Amabilia Manrique de Lara Suárez**, Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, Perú, **E-mail:** dimanrisu@hotmail.com, **Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0003-4488-252X>

**Ibeth Figueroa Sánchez**, Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, Perú, **E-mail:** icafiga@gmail.com

**Miguel Carrasco Muñoz**, Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, Perú, **E-mail:** miguelcm.29@gmail.com

**Leo Cisneros Martínez**, Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco, Perú, **E-mail:** leo\_c20@hotmail.com

**Recibido el 25 de marzo, 2018**

**Aceptado el 28 de mayo, 2018**

**ISSN 1995 - 445X (Versión Digital)**

#### Resumen

El objetivo del estudio fue "Determinar la relación que existe entre el conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes en una institución educativa de Las Moras, Huánuco-2017. Se aplicó un estudio de tipo descriptivo-prospectivo y correlacional. La muestra fueron 133 adolescentes y jóvenes entre 14 y 20 años en quienes se aplicó la Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos (CPIC) y un cuestionario sobre conductas sexuales de riesgo. Los resultados demostraron mayores porcentajes en: sexo femenino 51,88%; edades de 16 y 17 años con 29,3% y 22,6%; tipo de familia completa 63,2%, consejos de sexualidad de amigos 30,8% y obteniendo información de la institución educativa 59,4%; el 10% ha recibido maltrato familiar; en las conductas de riesgo; el 26,3% ha iniciado relaciones coitales, la edad de inicio fue de 16 años; el 51,4% con una sola pareja, y el preservativo fue el método de mayor uso, 48,6%; un riesgo de conducta sexual alta, 30,1%, una percepción media de conflicto interparental de 55,2%. Se concluyó, que existe relación significativa baja entre las variables de estudio con un valor de "Tau b" de Kendall de 0,238 y un valor de  $p=0,003$ .

**Palabras clave:** Conflicto interparental, perspectiva de hijos, conductas sexuales.

#### Abstract

The objective of the study research was "To determine the relationship that exists between the conflict of paternal inner from children's perspective and the sexual risk behaviors in adolescents in a school in Las Moras, Huanuco, 2017. A descriptive, prospective and correlational study research was applied. The sample consisted of 133 adolescents and young people between 14 and 20 years old in whom the Conflict of Paternal Inner Scale was applied from the Children's Perspective (CPIS) and a questionnaire on risky sexual behaviors. The results showed higher percentages in: female sex 51.88%; ages of 16 and 17 years old with 29.3% and 22.6%; 63.2% entire family type, friends sexuality advice 30.8% and obtaining information from the school 59.4%; 10% have received domestic abuse; in risk behaviors, 26.3% started sexual intercourse, the age of onset was 16 years old; 51.4% with a single partner and the condom was the method of greatest use 48.6%; a risk of high sexual behavior 30.1%, an average perception of the conflict of paternal inner of 55.2%. It was concluded that there is a significant low relation between the study variables with a value of "Tau b" of Kendall of 0.238 and a value of  $p = 0.003$ .

**Key words:** Interparental conflict, prospect of children, sexual behaviors



## Introducción

La OMS define adolescencia como el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años; durante esta etapa el adolescente se transforma en un individuo maduro en sus dimensiones física, sexual, psicológica y social y establece su propia identidad (United Nations Children's Fund 2011). La adolescencia puede ser un momento de grandes oportunidades para niños y niñas, sin embargo, exige el compromiso de la familia para superar los peligros y vulnerabilidades propios de esta etapa y estimular el saludable crecimiento y desarrollo con el fin de que el adolescente logre con éxito las tareas propias de esta etapa (Barber & Schluterman, 2008).

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa, y su grado de funcionalidad permitirá que este se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida (Florenzano, 2005). En la familia los padres y adultos significativos son fundamentales por la influencia que ejercen en el desarrollo de hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado (Florenzano, Valdes, Caceres, Casassus, Sandoval, Santander, et al., 2009). Los estilos de crianza parental pueden tener un efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgo adolescente, comprobándose que a mayor apoyo parental y control conductual hay menor consumo de drogas, autoagresión, violencia y depresión, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

La salud sexual abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad de adulto y adulto mayor. La salud sexual de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente; para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas, de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes

según las etapas del ciclo de vida (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Las investigaciones han demostrado cuando las relaciones familiares, es decir, de padres a hijos es positiva, se desarrolla un apego positivo. El apego seguro facilita el bienestar y ajuste social del adolescente, además de ser un factor protector del comportamiento problemático del adolescente. Por el contrario, el apego evitativo favorece el distanciamiento mutuo padres-adolescente, lo que reduce la influencia de los padres sobre los hijos; el apego ansioso-ambivalente genera en la adolescencia comportamientos de búsqueda mezclados con sentimientos de enfado hacia los padres; y el apego desorganizado provoca miedo y desorientación en las relaciones familiares (Santrock, 2004).

Las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes son la actividad sexual sin protección, múltiples parejas, abortos, embarazos no deseados o planificados, incremento de las tasas del VIH/SIDA, conductas violentas, mayor consumo de alcohol, tabaco y de sustancias adictivas, entre otros, según investigaciones, han demostrado la presencia de diversos factores como los problemas emocionales en todas las áreas, en particular las familiares relacionados específicamente con la interacción y comunicación con los padres (Barcelata, Durán & Lucio, 2013).

El embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y la deserción escolar son uno de los tantos problemas más acuciantes de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Para el 2014 hubo cerca de un millón y medio de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años en el Perú (Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú, 1950-2050). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) señala que, de este total, se estima que había 207 800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o están embarazadas por primera vez. Esta cifra representa el 14,6% del total de adolescentes del país. Este porcentaje se ha venido incrementando ligeramente año tras año; es así que para el 2011 se estimó en 12,5% y para el 2014 se ha incrementado a 14,6%, es decir, 2,1 puntos porcentuales más. También se pudo

apreciar que para ese mismo año, el embarazo de las adolescentes del área rural (22,0%) es cerca del doble del área urbana (12,2%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011, 2012, 2013 y 2014).

En el estudio se pretendió conocer la asociación que guardan los conflictos conyugales en el desarrollo de conductas sexuales de los hijos adolescentes de 14 a 17 años; para ello se usó el cuestionario de escala de conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos, toda vez que esta problemática que vienen atravesando los adolescentes que son un grupo vulnerable no es ajeno en el departamento de Huánuco, donde el embarazo tiene una tendencia de incremento: de 1.2% (12.7% al 2009 a 13.9% al 2014 (INEI, 2015) ; así mismo, ha aumentado el número de casos de ITS - VIH/SIDA en las principales provincias como: Huánuco y Leoncio Prado y la vía de transmisión más importante es la sexual (93%), vertical (2%) y parenteral (2%) (Plan Estratégico Institucional). Por lo que la epidemia de SIDA afecta a una población cada vez más joven, pobres y de las ciudades más densamente pobladas. Es así que se planteó como hipótesis de estudio que sí existe una relación significativa entre el conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes en una institución educativa de Las Moras, Huánuco-2017; para lo cual el informe de la investigación se organizó en nueve capítulos, que según el orden se presentó en introducción, objetivos, marco teórico, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas utilizadas.

## Marco Teórico

Galiano, en el 2011, define el conflicto interparental como una oposición mutua entre ambos progenitores que refleja la expresión de diferencias entre ambos (Galiano & Cantón, 2011). También se ha entendido como la relación de hostilidad entre ambos padres, que varía en frecuencia, intensidad y duración, siendo un hecho de la dinámica relacional que no es exclusivo de familias provenientes del divorcio, sino que también es observable en familias en las que ambos padres viven juntos o

en otras configuraciones familiares en las que ambos progenitores mantienen contacto.

Según Cummings y Davies, en el 2010 (citado por López, Sánchez y Ruiz, 2012 p. 125), el conflicto matrimonial puede definirse como "cualquier interacción entre los padres (...), que implica una diferencia de opinión, tanto si es fundamentalmente negativa como incluso fundamentalmente positiva". De esta forma, se introduce dentro de esta definición un gran abanico de comportamientos como la agresión física, agresión verbal y no verbal, rebeldía, escape, defensividad, apoyo, afecto y solución de problemas. No obstante, el tipo de conflicto que más bibliografía ha generado es el que se sitúa en el lado más negativo, el de la agresión, la hostilidad y la descalificación, que se prolonga en el tiempo y que no se resuelve. Con respecto a este conflicto entre los padres, que se ha denominado conflicto destructivo, las investigaciones han puesto en evidencia los efectos a corto y largo plazo sobre los hijos en las respuestas fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas (Cantón, Cortés & Justicia, 2007; Cummings & Davies, 1994, 2010; López Larrosa, 2009).

Según Grych & Fincham (1990) explicaron que el conflicto y sus consecuencias basado en el procesamiento primario y secundario que realizan los hijos sobre el mismo. De esta forma, su impacto va a depender de cómo se expresa en términos de frecuencia, intensidad, resolución y estabilidad, por un lado, y por otro lado, de la forma en que los hijos procesan esa información, es decir, el grado de amenaza experimentado, las atribuciones que realizan sobre el mismo, sobre su culpabilidad y sobre el éxito de sus posibles respuestas de afrontamiento (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Sanz, & Iriarte, 2009).

El conflicto interparental se ha relacionado con diferentes variables, así, Cosgaya & Tay (2008) suelen darle mayor importancia a la estructuración familiar, puesto que la salud mental de los hijos empeora en el hogar de familias funcionales que de padres separados; las mismas autoras afirman que no solo aumenta la posibilidad de manifestar desórdenes, sino también otros problemas que de forma directa impactan en su bienestar. Ante esto, Sanz y Colaboradores en el 2006

afirmaron que son frecuentes las investigaciones que apuntan a la existencia de un nexo entre el conflicto marital y las conductas problemáticas en los hijos.

Las investigaciones de Grych y Fincham (1990) acerca de las relaciones entre el conflicto interparental y la adaptación del niño les permitió establecer tres factores del conflicto divididos en subescalas, las cuales son: propiedades del conflicto, que está constituido por la frecuencia, intensidad y contenido; amenaza y autoculpa; y García (2011) incluye dentro de estos factores la triangulación que lo define como la sensación que tiene el hijo de tener que actuar como intermediario para solucionar los conflictos entre los padres.

Los modelos explicativos del conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos son: El Modelo cognitivo contextual, donde los hijos serán los que evalúan la relevancia del conflicto (si ellos tienen la culpa) o riesgoso (por encontrarse dentro del problema), posterior a ello el origen del mismo y la forma de actuar ante él. Todo esto va a depender de ciertas características como la edad, el género y las nociones previas al conflicto; y el Modelo de la teoría de la seguridad emocional, donde los hijos intentan ver la forma de mantener la seguridad emocional en situaciones conflictivas posteriores cuando fueron expuestos a conflictos destructivos previos. Si en una familia se dan conflictos, son los niños quienes utilizan maneras inseguras las cuales involucran preocupación para alistarse y reconocer rápido cualquier peligro a su integridad, en ocasiones desligarse de su entorno familiar para que disminuya la trascendencia que esta tiene en sus vidas. Entonces, seguridad, preocupación y respuesta de los hijos son las tres dimensiones más importantes desde esta teoría (López, Sánchez y Ruiz, 2012).

Las condiciones y circunstancias que influyen en las conductas de los adolescentes y que afectan la salud, constan de una serie de factores determinantes que pueden identificarse en cuatro niveles ecológicos: individual (personalidad, carácter), interpersonal (los modelos, familia), comunitario y de políticas públicas (Breinbauer,

Maddaleno, 2008). La salud y bienestar del adolescente se ven influidos en gran medida por las oportunidades y calidad de experiencias que tiene en el ambiente familiar donde se desarrolla, jugando esta un rol esencial (Martínez, 2007).

La familia cumple varias funciones importantes en el desarrollo de sus miembros, modela sentimientos, ofrece patrones de conductas, pautas y normas de convivencia, un adecuado vínculo y funcionamiento familiar con disponibilidad de tiempo de los padres hacia los hijos, comunicación, rituales familiares, cohesión, adaptabilidad y actividades en conjunto se han descrito como factores que disminuyen significativamente las conductas de riesgo o predisponentes en el adolescente (Schmit, 2005). El proceso de socialización familiar se reconoce como uno de los factores determinantes en la génesis y mantenimiento de las conductas de riesgo, al constituirse en la base del desarrollo de las características individuales del adolescente, tales como su personalidad, autoconcepto, valores y habilidades de comunicación entre otros (Velleman, Templeton, Copello, 2005).

Se han identificado algunos factores de riesgo individual como la falta de autocontrol, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, deserción escolar y ausencia de plan de vida, asociados a conductas de riesgo como la depresión, adicciones e ideación suicida, que se asocian a familias con bajos niveles de cohesión, desapegadas, de menores ingresos, con una escasa contención emocional brindando escaso soporte para enfrentar las tareas propias de esta etapa (Barber, Stolz, Olsen, 2005). La relación familiar entre padres e hijos es una interacción que afecta a ambos agentes sociales y puede generar beneficios o daños potenciales para ambas partes; en este sentido la percepción de los estilos de crianza parentales se ha transformado en un importante tema a estudiar (Casassus, Valdés, Florenzano, Cáceres, Aspillaga, 2011).

Simpson recopila una serie de investigaciones que coinciden en demostrar que los padres son una fuerte influencia en el crecimiento saludable del adolescente y menciona cinco



pilares básicos del rol para ser padres de adolescentes: (a) ofrecer amor y conexión; (b) controlar la conducta y el bienestar del adolescente; (c) aconsejar, incluyendo negociación y fijación de límites; (d) ofrecer información y consulta para entender, interpretar y transitar por el mundo, a través de un proceso de ejemplo y diálogo continuo; y (e) proveer y abogar por recursos, incluyendo otros adultos a quienes les importe (Simpson, 2001).

Durante la adolescencia, la educación por parte de los padres se convierte en una situación tensionante, quienes experimentan sentimientos de ineffectividad e incompetencia en relación con el comportamiento de sus hijos. Más aun en los aspectos de la sexualidad y sus manifestaciones sociales que ponen en riesgo su salud.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) aborda el tema de la adolescencia desde el punto del entorno social, de sus estilos de vida y de las conductas determinadas. Así, se puede observar que los adolescentes son influenciados por mensajes estereotipados de los medios de comunicación, que muchas veces rigen su vida futura. Además, trata temas como el debilitamiento del entorno familiar de los adolescentes, la ausencia de valores orientadores y el ejercicio no responsable de su sexualidad, que conducen a la adopción de estilos de vida y conductas de riesgo que son causa de que anualmente fallezcan miles de adolescentes a consecuencia de homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos o por complicaciones del embarazo parto, posparto y el aborto. También considera aspectos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA, que se contrae cada vez con más frecuencia a esta edad, así como el embarazo no planificado durante la adolescencia, son problemas de salud pública y de desarrollo porque limitan la expectativa personal, especialmente en la adolescente y afectan su futuro en cuanto a calidad y proyectos de vida (Ministerio de Sanidad y Política social, 2009).

Asimismo, se busca promover un modelo del adolescente sexualmente sano, el cual debe cumplir con características ideales, tales como:

Apreciar su cuerpo, buscar mayor información según sea necesario, afirma que el desarrollo humano significa desarrollo sexual, y que este puede o no incluir reproducción o experiencia sexual genital, se identifica y vive con sus propios valores, asume la responsabilidad por su propio comportamiento, se comunica de manera eficaz con su familia y sus amigos, comprende las consecuencias de sus propias acciones, distingue entre los deseos personales y los del grupo, asume su propia identidad sexual y respeta la de los demás, ve a su familia como una valiosa fuente de apoyo, expresa amor e intimidad de manera apropiada, desarrolla y mantiene buenas relaciones personales, exhibe aptitudes que fortalecen las relaciones personales, respeta los derechos de los otros, interactúa con ambos géneros de manera respetuosa y apropiada, tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con quién hablar, a quién hacer preguntas y quién puede servir de modelo a imitar, conoce las expectativas de los padres y las propias, disfruta y expresa la propia sexualidad, disfruta de sentimientos sexuales sin tener necesariamente que actuar en ellos, discrimina entre comportamientos sexuales positivos y aquellos que pueden ser peligrosos para su propia persona y para el resto, expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los otros, busca siempre nueva información para mejorar su propia sexualidad, lleva una vida sexual de acuerdo a su edad, consensuada, honesta, placentera y protegida, previene el abuso sexual y evita las relaciones manipuladoras y abusivas, retrasa el inicio de las relaciones sexuales o usa contraceptivos para evitar el embarazo no deseado o contraer/transmitir una enfermedad sexual, incluido el VIH, practica comportamientos que fomenten su salud, como el control de salud periódico y la identificación temprana de problemas potenciales, distingue entre el amor y la atracción sexual, entre otros (Ministerio de Salud, 2006).

## Material y métodos

El tipo de estudio fue Descriptivo-Correlacional; de diseño Transeccional-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La población estuvo conformada por los

alumnos de ambos sexos que se encontraron en la etapa de la adolescencia media y jóvenes de una institución educativa de Las Moras: IEN Héroes de Jactay, matriculados en el año académico 2017, siendo un total de 240 adolescentes.

**Muestra (Participantes).** El procedimiento de selección de los estudiantes se realizó mediante un muestreo incidental no aleatorio. Participaron 133 estudiantes adolescentes de ambos sexos (48.12% varones y 51.88% mujeres) provenientes de los sectores de Las Moras. La edad promedio de la muestra fue de 14.56 años ( $DE=1.42$ ), con un mínimo de 14 años y un máximo de 20. Los estudiantes pertenecían a tres secciones de Educación Secundaria Obligatoria: Tercero, con una edad promedio de 15,13 ( $DE=1,12$ ); Cuarto, con una edad media 16,33 ( $DE= 1,03$ ) y Quinto, con una edad media de 17,43 ( $DE=1,17$ ). El 63,2% de los/las participantes procedían de familias completas. el 24,1%, con ausencia del padre, el 5,3% con ausencia de la madre y el 7,5% contaba con la presencia de tíos, abuelos u otros.

**Instrumentos.** Para lograr los objetivos de investigación se aplicaron de manera simultánea los siguientes instrumentos de medición: Cuestionario sociodemográfico: Este instrumento fue elaborado por el equipo de investigación y tuvo como objetivo recabar antecedentes sociales y demográficos.

Escala de conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos (CPIC) - (Children's Perception of Interparental Conflict Scale): Es una escala cuyos autores son Grych, Seid y Fincham en 1994; evalúa la percepción de conflicto interparental desde la percepción de los hijos a partir de 49 ítems, que se responden mediante una escala ordinal de tres puntos (1=Verdad; 2=Casi Verdad; 3=Falso). El CPIC posee nueve factores de primer orden: amenaza, autoculpa, contenido, eficacia, estabilidad, frecuencia, intensidad, resolución y triangulación; y tres factores de segundo orden: propiedades del conflicto, percepción de amenaza y culpabilidad.

Propiedades del Conflicto constituido por: Frecuencia (qué tan a menudo se encuentra el niño expuesto al conflicto), intensidad (Grado

de discrepancia expresado entre los padres durante el conflicto), Frecuencia de resolución (lo común que es que los padres lleguen a un acuerdo cuando se ha presentado un conflicto), resolución (forma en la cual el conflicto es resuelto por los padres) y Participación.

**Amenaza:** Temor del adolescente ante el conflicto, basado en las consecuencias que este pueda acarrear. En esta misma dimensión se encuentra el indicador: Ineficacia de afrontamiento (percepción donde el joven percibe tener influencia dentro del conflicto) y Amenaza.

**Autoculpa:** Se refiere a la atribución interna que realiza el adolescente del conflicto interparental, es decir, el joven piensa que el conflicto tiene relación directa con sus conductas.

**Triangulación:** Sensación que tiene el hijo de tener que actuar e interceder en el conflicto de sus padres.

**La Calificación:** El instrumento tiene tres opciones posibles de respuestas: verdadero, falso y más o menos verdadero; para la corrección del mismo, primero se realizó la inversión de los ítems negativos que en este caso es únicamente el 6, luego se sumaron las puntuaciones de todos los ítems, se dividió entre el número total de ítems y el número obtenido se ubicó en el baremo. (0 – 1,49 Percepción baja de conflicto interparental; 1,50 – 2,49 Percepción media de conflicto interparental; 2,50 – 3 Percepción alta de conflicto interparental).

Cuestionario de conductas sexuales de riesgo: elaborado por los investigadores, que incluyeron aspectos de Inicio precoz de relaciones sexuales, Parejas sexuales, Asistencia a fiestas, Uso de métodos anticonceptivos, Uso de sustancias psicoactivas, Embarazos no deseados.

## **Análisis de datos y discusión**

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes observados fueron:

En relación al inicio de relaciones sexuales se muestra en la Tabla N° 1, donde el porcentaje de adolescentes que iniciaron relaciones

coitales es el 26,3% y el 73,7% aún no lo han iniciado; así mismo, se pudo observar la frecuencia en cuanto a sexo, siendo en mujeres el 18,8% y en varones el 34,4%.

**Tabla N.º 1**  
**Inicio de relaciones coitales**

Inicio de relaciones coitales	femenino		masculino		total	
	N	%	f	%	f	%
<b>SÍ</b>	13	18.8	22	34	35	26.3
<b>NO</b>	56	81.2	42	66	98	73.7
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

En la tabla N° 2, sobre las edades de inicio de relaciones coitales, se observó que los adolescentes las iniciaron con una edad mínima de 14 años y una máxima de 18 años, donde el 20% las inició a los 14 años, el 28,6% a los 15 años, el 31,4% a los 16 años, el 17,1% a los 17 años y el 2,9% a los 18 años.

**Tabla N.º 2**  
**Edad de inicio de relaciones coitales**

Edad de inicio de relaciones sexuales	f	%
<b>18 años</b>	1	2.9
<b>17 años</b>	6	17.1
<b>16 años</b>	11	31.4
<b>15 años</b>	10	28.6
<b>14 años</b>	7	20
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 3 se determinó el número de parejas sexuales, hasta la actualidad, que tuvieron los adolescentes del estudio; donde el 51,4% indicó que tuvo una sola pareja sexual hasta el momento; el 34,3%, de 2 a 4 parejas sexuales y el 14,3%, de 5 a 7 parejas sexuales.

**Tabla N.º 3**  
**Parejas sexuales**

Parejas Sexuales	f	%
<b>1</b>	18	51.4
<b>2 A 4</b>	12	34.3
<b>5 A 7</b>	5	14.3
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 4 se determinó el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes que iniciaron relaciones coitales, donde el 31,4% indicó que no usa ningún método anticonceptivo, el 20% usa los anticonceptivos hormonales orales indicando que se considera dentro de ella la pastilla del día siguiente, y el 48,6% usa el preservativo.

**Tabla N.º 4**  
**Uso de métodos anticonceptivos**

Uso Método Anticonceptivo	f	%
<b>Ninguno</b>	11	31.4
<b>Hormonales Orales</b>	7	20
<b>Preservativo</b>	17	48.6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 5 se determinó el nivel de riesgo sobre las conductas sexuales que poseen los adolescentes, encontrando que el 45% posee un riesgo bajo; el 33%, mediano riesgo y el 30%, alto riesgo.

**Tabla N.º 5**  
**Nivel de riesgo de las Conductas sexuales de los adolescentes**

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	60	45.1
<b>Mediano</b>	33	24.8
<b>Alto</b>	40	30.1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 6 se determinó que la percepción del conflicto interparental en los adolescentes indicó que el 4,5% tiene una baja percepción de los conflictos interparentales, el 66,2% presentó una percepción media y el 29,3% una percepción alta.

**Tabla N.º 6**  
**Nivel de percepción por parte de los hijos de conflicto interparental**

Escala de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
<b>0 Percepción Baja</b>	6	4.5
<b>1 Percepción Media</b>	88	66.2
<b>2 Percepción Alta</b>	39	29.3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Al realizar el análisis inferencial de la correlación entre la percepción de conflicto interparental por parte de los hijos y las conductas de riesgo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se determinó con un valor de "Tau b" de Kendall de 0,238 y

un valor de  $p=0,003$  que siendo menor al valor de significancia de 0,05 permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de estudio, donde existe una correlación significativa baja entre las variables de estudio, como se puede apreciar en la Tabla N° 7.

**Tabla N.º 7**  
**Correlaciones**

		Escala de Percepción	Riesgo
Tau_b de Kendall	Escala de percepción	Coefficiente de correlación	1
		Sig. (bilateral)	0,238
		N	133
	Riesgo de SSRR	Coefficiente de correlación	0,238
		Sig. (bilateral)	1
		N	133

## Discusión

Los resultados respecto al inicio de las relaciones coitales, la edad de inicio, las parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, coinciden con los resultados de Delgado en el 2007, donde en su estudio de 1000 adolescentes encuestados, el 30.5% había iniciado su actividad sexual, de estos el 57.3% fueron hombres y 42.6 % mujeres. En promedio los adolescentes iniciaron su vida sexual a los 15.33 años ( $s= 1.4$ ), manteniendo una actividad sexual una o dos veces cada mes. La cantidad modal de parejas sexuales que reportaron los adolescentes fue de 1 pareja, el 8.7% de los jóvenes reportó que nunca había usado condón, el 4.5% casi nunca lo había usado, el 17.1% lo usó algunas veces, el 27.4% lo usó la mayoría de las veces y solo el 42.3% informó que siempre ha usado condón en sus relaciones sexuales.

Los conflictos familiares en otra forma afectan a sus integrantes siendo uno de los grupos vulnerables los hijos, como se muestra en la Tabla N° 5, donde el nivel de riesgo de conducta sexual de los adolescentes es de 30.1% que corresponde a riesgo alto, esto podría estar asociado a los conflictos interparentales y a la

limitada comunicación entre los miembros de la familia, razón por la cual los adolescentes recurren a otras fuentes a buscar información en temas de sexualidad.

La aplicación de la Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos (CPIC), Versión Original (CPIC-49) a los adolescentes en estudio, se muestra en la Tabla N° 6 que presenta una percepción media de 66.2% sobre el conflicto interparental como hijo, siendo de esta manera una escala fiable para estudios posteriores, tal como lo demuestra Iraurgi, 2008. Son preocupantes estos resultados porque conllevaría a incrementos de conductas sexuales de riesgo según lo manifestado por Montañez, e inclusive de otros problemas sociales como consumir alcohol o drogas poniendo en peligro la vida de los adolescentes según Goncalves (2007).

## Consideraciones Finales/conclusiones

Las características generales de los adolescentes sobre el sexo es el femenino de mayor presencia en un 51.88%, y la edad de mayor preponderancia es de 16 y 17 años con 29.3% y 22.6%, el tipo de familia es la completa en un 63.2%, han recibido consejos de



sexualidad de los amigos en 30.8%, seguido de la madre en 26.3% y obteniendo información en la institución educativa en 59.4%, además el 10% ha recibido maltrato familiar.

De las conductas de riesgo, el 26.3% ha tenido relaciones coitales; la edad de inicio fue a los 16 años y con 51.4% de una sola pareja, el preservativo es el método de mayor uso en 48.6%, con un riesgo de conducta sexual alto en 30.1%.

El nivel de percepción de conflicto interparental fue de 55.2% que corresponde a percepción media.

Se aceptó la hipótesis de estudio, donde existe una relación significativa entre las variables de estudio con un valor de "Tau b" de Kendall de 0,238 y un valor de  $p=0,003$ , siendo menor al valor de significancia de 0,05; además hay una baja correlación que corresponde de 0,20 a 0,39 según la tabla de interpretación del valor de "Tau b".

### Referencias bibliográficas

- Barber B, Schluterman J., (2008). Connectedness in the lives of children and adolescents: a call for greater conceptual clarity. *J Adolesc Health*; 43(3): 209-216
- Barber BK, Stolz HE, Olsen JA., (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monogr Soc Res Child Dev.*; 70(4): 1-137.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E., (2013). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 64-73.
- Breinbauer C, Maddaleno M., (2008). El modelo Jóvenes: opciones y cambios y su aplicación en el diseño de intervenciones eficaces para los adolescentes. En: Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de Conductas Saludables en los Adolescentes. Washington DC: OPS. p. 33-38.
- Casassus M, Valdés M, Florenzano R, Cáceres E, Aspillaga C., (2011). Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. *Revista de Psicología*; 20(2): 125-145.
- Cosgaya, L. y Tay, K. Conflicto interparental y bienestar psicológico en los hijos. Tesis de maestría. Santiago de Chile.
- Delgado, J. R. P., Flores, M. I. B., Palos, P. A. . Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/237703214\\_CONSUMO\\_DE\\_ALCOHOL\\_Y\\_CONDUCTA\\_SEXUAL\\_DE\\_RIESGO\\_EN\\_ADOLESCENTES](https://www.researchgate.net/publication/237703214_CONSUMO_DE_ALCOHOL_Y_CONDUCTA_SEXUAL_DE_RIESGO_EN_ADOLESCENTES).
- Fincham, F.D., Grych, J.H. & Osborne, L.N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.
- Florenzano R, Valdes M, Cáceres E, Casassus M, Sandoval A, Santander S, et al., (2009) Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Rev Chil Pediatr*; 80(6): 520-527.
- Florenzano R., (2005). El Adolescente y sus conductas de Riesgo. 3a ed. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.
- Galiano, J. y Cantón, J., (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos, España. *Psicothema*, 23(1), 20-25. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3844.pdf>
- García, C., (2011). Diccionario Temático de Psicología. 1ra edición. Editorial Trillas. México. p. 296
- Gonçalves Câmara S. (2007) Castellá Sarriera J. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología* Vol.41. Nº 2. Pág. 164.
- Grych, J. & Fincham, F., (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267-290
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú, 1950 - 2050: Estimaciones y Proyecciones de Población. Boletín de Análisis Demográfico Nº 36.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. - Bases de datos ENDES 2011,2012, 2013 y 2014. <http://inei.inei.gob.pe/microdato>.
- Iraurgi Ioseba; Martínez Pampliega, Ana; Sanz, Mireia; Cosgaya, Leire; Galíndez, Edurne

- Y Muñoz, Ana., (2008). "Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos (CPIC). Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica Nº 25 Vol. 1 9 – 34. [Internet] Consultado 2016, 29 de diciembre.
- López, S, Sánchez, V. y Ruíz P., (2012) Op. cit., p. 45.
- López, S, Sánchez, V. y Ruíz P., (2012). Los adolescentes y el conflicto interparental destructivo: impacto en la percepción del sistema familiar y diferencias según el tipo de familia, la edad y el sexo de los adolescentes. España. Universitas Psychologica. (4). 1255- 1262.
- Martínez M. Mirando al Futuro (2007): Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. Psykhe; 16(1): 3-14.
- Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Iraurgi, I., & Iriarte, L. (2009). Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. Síntesis de resultados de una línea de investigación. La Revue du REDIF, 2, 7-18.
- Ministerio de Salud (2006). manual de Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Direccion General de salud a las personal. ESNSSR. Perú. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093\\_DGSP88.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1093_DGSP88.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Estrategia de salud sexual y Reproductiva: Norma Técnica. España. pg. 192. Disponible en: <http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/02/Estrategia-Nacional-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-11112009.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Estrategia de salud sexual y Reproductiva: Norma Técnica. España. pg. 192. Disponible en: <http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/02/Estrategia-Nacional-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-11112009.pdf>
- Montañés, Marta; Bartolomé, Raquel y Montañés, Juan. "Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes". Revista Ensayos (17), 391-407. [Internet] Consultado 2017, 22 de enero. Disponible: [www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23\\_20.pdf](http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_20.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Familias Fuertes: Programa Familiar para Prevenir Conductas de Riesgo en Jóvenes. Guía para el Facilitador. Washington DC: OPS.
- Plan Estratégico Institucional. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=plan%20estrategico%20institucion%202011-2014%20red%20valle%20del%20mantaro&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rsvm.gob.pe%2Farchivos%2FPEI.pdf&ei=FEqSUbrjBcqX0QGSiYCI> Aw&usg=AFQjCNGJhBkS\_mtkHKy\_U-bbMR8Qr2S47g&bvm=bv.46471029,d.dmg.
- Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil (2015): Condicionantes Sociodemográficos e Implicancias para Políticas, Planes y Programas e Intervenciones. INEI (CID).
- Santrock, J.W. (2004). Adolescencia. Editorial S.A. MCGRAW-HILL / Interamericana de España. Madrid. p. 509.